

## La prévention du suicide par la prévention des troubles mentaux : où en sommes-nous au Québec?

### Preventing suicide by preventing mental illness: Where do we stand in Quebec?

Richard Boyer et Michel Loyer

Volume 21, numéro 2, automne 1996

Intégration sociale et soutien communautaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032402ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032402ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Boyer, R. & Loyer, M. (1996). La prévention du suicide par la prévention des troubles mentaux : où en sommes-nous au Québec? *Santé mentale au Québec*, 21(2), 139–157. <https://doi.org/10.7202/032402ar>

#### Résumé de l'article

L'étroite relation pouvant exister entre la maladie mentale et le suicide n'est plus à démontrer. Cependant, au Québec, les intervenants en prévention du suicide, sans nier ce lien, semblent ne pas avoir intégré cette information dans leur pratique. Comme en Amérique du nord ou en Europe, peu de centres de prévention ont évalué l'efficacité et l'impact de leurs interventions. Enfin, les quelques programmes de promotion de la santé mentale ou de la prévention des troubles mentaux élaborés au Québec ne visent que rarement la prévention du suicide. Dans ces conditions, comment peut-on espérer y réduire le taux de suicide ?



## **La prévention du suicide par la prévention des troubles mentaux : où en sommes-nous au Québec?**

---

Richard Boyer\*

Michel Loyer\*\*

L'étroite relation pouvant exister entre la maladie mentale et le suicide n'est plus à démontrer. Cependant, au Québec, les intervenants en prévention du suicide, sans nier ce lien, semblent ne pas avoir intégré cette information dans leur pratique. Comme en Amérique du nord ou en Europe, peu de centres de prévention ont évalué l'efficacité et l'impact de leurs interventions. Enfin, les quelques programmes de promotion de la santé mentale ou de la prévention des troubles mentaux élaborés au Québec ne visent que rarement la prévention du suicide. Dans ces conditions, comment peut-on espérer y réduire le taux de suicide ?

**L**e présent article a pour objet de revoir les écrits scientifiques sur les programmes de prévention du suicide qui intègrent spécifiquement une démarche de prévention des troubles mentaux, et de faire le bilan des expériences québécoises en la matière. Il veut aussi présenter une réflexion sur la prévention du suicide et sur les possibilités d'intégrer une démarche de prévention des troubles mentaux.

Une première partie présente une brève synthèse des statistiques sur le suicide au Québec et fait la démonstration de l'étroite relation entre les troubles mentaux et le suicide. La seconde partie est consacrée à la recension des écrits au niveau international sur l'efficacité des centres de prévention du suicide et des expériences de prévention du suicide dans le contexte spécifique de la prévention des troubles mentaux. Elle fait aussi un tour d'horizon des interventions québécoises en prévention. La dernière partie présente nos conclusions.

---

\* M. Boyer, Ph.D., est professeur adjoint à l'Université de Montréal et chercheur au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

\*\* M. Loyer, M. Sc., psychologue, est professionnel de recherche au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

## **Le rôle de la maladie mentale dans le suicide**

Bien qu'il puisse être séduisant de voir une continuité linéaire entre les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et le suicide, l'étude de personnes ayant fait une ou des tentatives, même sévères, ou encore d'individus suicidaires sous traitement psychiatrique ne suffit pas pour comprendre le processus du suicide, car ces personnes ne sont pas représentatives de celles qui ont succombé à leur geste. Plusieurs études montrent que les étiologies et les processus sous-tendant parasuicide et suicide sont distincts (Linehan, 1986).

Afin de comprendre le lien entre les troubles mentaux et le suicide accompli, il est plus judicieux d'étudier le phénomène en se fondant sur des cas de suicide, ce que rend possible la technique de l'autopsie psychologique. Cette procédure permet de reconstruire le passé psychologique et événementiel d'un individu à l'aide d'interviews structurées auprès de personnes l'ayant bien connu (Clark et al., 1992). Au-delà de 25 études peuvent être répertoriées sur ce sujet (Beskow, 1990).

Les premières études d'importance qui ont utilisé cette technique datent de la fin des années 50 (Robins et al., 1959; Dorpat et Ripley, 1960). L'ensemble des études fondées sur cette méthode supporte l'hypothèse d'une plus forte incidence des maladies mentales chez les suicidés. Ces études rapportent des taux de psychopathologies entre 73 et 97 %. Les principaux troubles rencontrés sont la dépression majeure, l'abus et la dépendance de l'alcool ou de drogues et les troubles de la personnalité.

Une équipe du Centre de recherche Fernand-Seguin de Montréal a récemment publié les résultats d'une recherche utilisant la technique de l'autopsie psychologique (Boyer et al., 1994; Lesage et al., 1994; Grunberg et al., 1994). Le but était d'estimer le rôle de la maladie mentale dans le processus suicidaire chez des jeunes adultes de sexe masculin au Québec. On y a comparé 75 cas à deux groupes témoins. Le premier groupe était composé de sujets décédés suite à un accident de la route ( $n = 62$ ) et le second, de sujets toujours vivants ( $n = 75$ ) appariés aux cas de suicide pour le sexe, l'âge, le lieu de résidence, le statut civil et l'emploi.

Les résultats de cette recherche confirment, encore une fois, l'importance de la psychopathologie dans le processus suicidaire. Plus de 90 % des sujets suicidés sont considérés avoir présenté au moins un trouble mental au cours des six mois précédant le décès. Cette prévalence est significativement supérieure à celles observées au sein des groupes de comparaison. Ce constat résiste à toutes les analyses effectuées afin de contrôler l'impact de biais potentiels associés aux sujets étudiés, leurs répondants ou la technique de l'autopsie psychologique. Il

est intéressant de noter que le risque suicidaire augmentait avec la présence de plus d'un trouble mental.

Bref, les résultats de ces études confirment, autant chez l'adolescent que chez l'adulte, l'importance de la psychopathologie dans le processus suicidaire. Ce n'est certes pas la cause unique, mais force est de constater que la maladie mentale est un facteur de risque significatif.

### **Efficacité des centres de prévention du suicide**

Il est difficile d'établir l'efficacité des centres de prévention du suicide. Le suicide est un phénomène relativement rare et multicausal. Toute tentative d'évaluer simultanément l'ensemble des facteurs de risque entourant ce phénomène est périlleux, voire peu propice à une évaluation systématique. De ce fait, les écrits scientifiques à ce sujet sont peu fréquents et souvent contradictoires.

Des discussions ont entouré la création des Samaritains en Grande-Bretagne et du centre de prévention de Los Angeles par Farberow, deux expériences reproduites dans plusieurs pays. Par contre, peu d'études ont été menées pour évaluer l'efficacité de ces interventions. Si Bagley (1968) suggère que la mise en place des Samaritains fut suivie d'une réduction des taux de suicide, ses résultats ne purent être reproduits par Barraclough et al. (1977). Aux États-Unis, Lester (1974) n'arrive pas à démontrer que les villes avec des centres de prévention ont des taux inférieurs. Bridge et al. (1977) en arrivent à la même conclusion pour les comtés de la Caroline du Nord, avec ou sans centre.

Inversement, des études comme celles de Medoff (1986) et de Miller et al. (1984) montrent que les centres peuvent être efficaces pour certains sous-groupes de la population. Medoff rapporte que l'implantation d'un centre de prévention dans un État contribue à réduire de 3,7 suicides par 100 000 le taux de suicide des hommes âgés de 15 à 64. L'équipe de Miller, quant à elle, suggère que les États américains possédant des centres ont des taux inférieurs pour les jeunes femmes blanches. Au cours des années 1990, Lester (1991, 1993) rapporte que les États avec le plus grand nombre de centres subissent de moins grandes augmentations de leur taux. Il faut cependant noter que ces centres s'installent habituellement dans les régions où les taux sont généralement les plus hauts. Ils peuvent donc être favorisés par le phénomène de régression vers la moyenne.

Enfin, Miller et al. (1984) ont noté qu'il y a une différence importante entre les taux de consultations par sexe des centres de prévention et les taux de suicide selon le genre observé dans la population générale.

Les femmes consultent davantage ces ressources mais se suicident moins. On observe aussi ce phénomène au Québec (Roberge, 1982). Par contre, si l'on compare les taux de parasuicides ou d'idéations suicidaires aux taux de consultations dans les centres, une très faible proportion des personnes avec des problématiques suicidaires semble faire appel à ces services de prévention. L'étude de Lavoie et al. (1990) montre que seule une faible proportion des personnes traitées en centre hospitalier après une tentative de suicide ont consulté ces ressources communautaires ou encore connaissent l'existence des centres d'aide. Mais ces deux derniers points pourraient aussi bien être mis au crédit des centres de prévention puisque, justement, leurs clientèles-cibles ne se retrouvent pas parmi les gens qui se suicident ou tentent de le faire.

Prises dans leur ensemble, les recherches sur l'efficacité des centres de prévention offrent un tableau assez discordant. Il faut cependant admettre que les études analysant spécifiquement des populations à risque et celles réalisées ces dernières années avec des techniques d'analyses plus sophistiquées permettent de tirer des conclusions plus favorables aux centres. Des efforts doivent donc être entrepris pour évaluer leur efficacité (Lester, 1994).

#### **A) Les expériences intégrant la prévention des troubles mentaux**

Voici une brève synthèse de notre recension. Des 376 références obtenues, nous avons retenu 30 articles. Seulement cinq traitaient spécifiquement de prévention du suicide par le biais d'une intervention préventive en santé mentale. Nous présenterons le cadre général de ces cinq interventions avec leurs principaux résultats. Dans la mesure où l'information était disponible, nous ferons référence aux éléments pris en considération dans la conceptualisation de la prévention, les outils privilégiés et les stratégies mises à contribution.

#### **Le modèle albertain**

Le programme élaboré en 1983 par le Comité consultatif provincial de l'Alberta sur la prévention du suicide (Boldt, 1987) comprend des interventions au niveau de l'éducation, de la formation et de la recherche, de même qu'au niveau de la communauté. Il prévoit aussi que les Conseils régionaux et provinciaux de la santé mentale assurent un certain leadership pour la répartition des responsabilités et la coordination des services. On y propose la création d'une sous-section de « prévention du suicide » au sein de la Division de la santé mentale du Ministère des services sociaux. Cette sous-section, composée de spécialistes en suicidologie et en disciplines connexes, doit voir à la mise en

place de services de pointe efficaces dans toutes les régions et faire la promotion de l'intégration des programmes de prévention aux réseaux de services de santé mentale.

En 1987, Boldt fait le point sur l'implantation du programme. Au niveau de l'action communautaire, le Comité provincial a mis en place un programme pilote au sein de cinq collectivités fortement touchées par le suicide. Le programme de prévention, tel que planifié, s'articule au niveau de la coordination de l'action des organismes communautaires. Il comporte des activités d'éducation du public, la formation de sentinelles (personnes de l'entourage ou de premier contact), l'intervention téléphonique 24 heures sur 24, doublée de services de médecine et de psychiatrie, et d'un service itinérant d'action communautaire et de centre de soins de courte durée. De plus, un service de counselling offert aux proches des victimes de suicide (postvention) a été offert à la population.

Suite à l'introduction de ce programme, Boldt rapporte que le taux de suicide dans les agglomérations urbaines ciblées est passé de 25,1 à 12,4 sur 100 000 habitants, alors que le taux provincial a augmenté de 3 %. Boldt suggère que cette différence entre les taux pourrait être un indice que le programme a eu une certaine influence sur l'incidence des suicides. Par contre, il souligne qu'avant de se prononcer définitivement sur l'efficacité de ce type d'intervention, il faut recueillir et analyser les données sur une plus longue période. Nous sommes d'accord avec ce dernier point, surtout que l'étude de Boldt au sujet de l'efficacité de l'intervention ne semble pas avoir fait l'objet d'analyses systématiques et n'a pas été soumise à la critique d'experts en recherche. Les résultats mentionnés furent rapportés en annexe de la monographie *Le suicide au Canada* publiée en 1987.

### **Systemis System Crisis Intervention Program**

Le *Systemis System Crisis Intervention Program* (SCIP) est un programme de prévention du suicide mis en place à Houston en 1983. Il s'adresse à des enfants et des adolescents présentant un trouble mental avec grand risque suicidaire et qui seraient habituellement admis en psychiatrie. Le SCIP consiste en un traitement psychiatrique en externe dans le but avoué de réduire les coûts très élevés des hospitalisations (Gutstein et Rudd, 1990). Les auteurs veulent aussi démontrer que des enfants suicidaires peuvent être traités avec succès et sans danger sur une base externe. Le programme fut évalué auprès de 47 adolescents au cours d'une expérience de 18 mois. Les auteurs rapportent que le SCIP est efficace auprès de certains adolescents. Les jeunes avec des troubles psychotiques, dont les familles désirent principalement une institutionnalisation, ou les jeunes appartenant à une famille en crise, n'en profitent pas autant.

### **New York Local Forensic Prevention Crisis Services Program**

En 1983, devant le problème grandissant du suicide en milieu carcéral et les soins inadéquats prodigués aux détenus présentant un trouble psychiatrique sévère, les autorités sanitaires de l'État et de la ville de New York mettent sur pied le *New York Local Forensic Prevention Crisis Services Program* (Cox et al., 1988). Ce programme vise le dépistage et le traitement psychiatrique précoce des personnes à risque suicidaire incarcérées dans les 55 prisons et 106 postes de police de l'État. Il utilise les ressources communautaires existantes et demande la coopération des services de santé mentale et des administrations des centres correctionnels.

Ce programme est structuré autour de sept services : 1) identification et référence des cas ; 2) supervision, sécurité et gestion générale ; 3) urgence pour les patients psychiatriques externes ; 4) services psychiatriques pour les patients internes ; 5) services médicaux d'urgence ; 6) services de consultation et 7) services de santé mentale non urgents.

Le programme, en opération depuis 1986, a été évalué en 1987. Les auteurs rapportent une diminution de 33 % des suicides au cours de l'année d'expérimentation. Ce constat est d'autant plus remarquable que la population correctionnelle a augmenté au cours de cette période. L'effet s'est poursuivi après la période expérimentale puisque seulement trois suicides sont enregistrés en 1988.

### **Le programme du *United States Navy Training Command***

En 1988, face à une série de suicides en grappe chez les recrues, les services de santé des fusiliers de la marine américaine mettent sur pied un service de prévention du suicide (McDaniel et al., 1990). Le programme vise essentiellement les instructeurs afin qu'ils puissent identifier les recrues à risque. Les instructeurs sont informés des facteurs de risque. Les résultats de cette étude montrent une réduction des tentatives de suicide chez les recrues.

### **Étude de Suède**

L'un des plus importants projets de prévention du suicide réalisé par le biais d'une intervention préventive de la maladie mentale est, sans contredit, celui de Rutz et de ses collaborateurs réalisé en Suède au cours des années 1982-1983.

Ce projet s'appuie sur les constats suivants. Les troubles affectifs sont très prévalents dans la population générale. Par contre, seule une minorité de ces personnes est vue par des psychiatres ou est hospitalisée. Aussi, les désordres dépressifs sont souvent mal diagnostiqués.

Bien que certaines personnes reçoivent un diagnostic adéquat, elles ne semblent pas toujours recevoir un traitement approprié. Ces lacunes pourraient, selon les chercheurs, expliquer les hauts taux de suicide observés dans plusieurs régions du pays.

Par ailleurs, puisqu'il est difficile d'évaluer l'impact de l'éducation médicale post-graduée auprès des médecins sur l'ensemble du système de santé de la Suède, les autorités sanitaires choisirent d'évaluer l'impact d'un programme éducatif sur le dépistage et le traitement de la dépression auprès des généralistes d'une région durement touchée par le suicide, mais géographiquement restreinte, l'île de Gotland.

Ce programme de formation visait donc essentiellement l'éducation des médecins généralistes au dépistage spécifique de la dépression, et l'amélioration du traitement des troubles affectifs. Les profils de prescriptions de psychotropes au cours de 1982 furent établis et comparés aux profils de prescriptions suite au programme de formation mené en 1983-1984.

Les données post-interventions de 1985 indiquent que les profils de prescriptions pour la dépression sur l'île de Gotland se sont améliorés pour rejoindre les normes établies pour l'ensemble de la Suède. Les prescriptions d'antidépresseurs ont augmenté alors que les prescriptions de sédatifs, d'hypnotiques et de tranquillisants ont diminué de façon marquée. Les résultats de l'évaluation suggèrent aussi que le nombre de jours d'hospitalisation et de journées de maladie prises à cause des désordres dépressifs ont diminué dans l'année suivant le programme.

Les auteurs de l'étude suggèrent aussi que leur programme de formation a eu un impact positif sur le taux de suicide des insulaires. Le programme ne projetait pas, au départ, la réduction du taux de suicide. De fait, les données sur la mortalité attribuable au suicide furent colligées afin de vérifier si le programme avait des effets secondaires néfastes, les médicaments antidépresseurs pouvant être utilisés pour mettre fin à ses jours. Les résultats présentés par les auteurs furent cependant critiqués par McDonald (1993) qui juge que l'intervention éducative s'est effectuée alors qu'il existait déjà une tendance historique à la baisse des taux de suicide dans Gotland.

Il faut donc interpréter les résultats de Gotland avec beaucoup de prudence. Même si cette expérience demeure l'une des plus remarquables, elle devrait être reproduite en d'autres lieux avant qu'on puisse conclure que l'éducation médicale continue auprès des généralistes peut avoir un effet significatif sur la réduction du taux de suicide dans une région donnée. D'autres facteurs devraient être contrôlés, tels que le nombre de médecins *per capita*, l'accessibilité aux spécialistes de la santé



mentale pour la région, la contribution des autres ressources en prévention de la communauté et l'évolution des facteurs de risques psychosociaux dans la région de l'expérience. L'introduction d'une population témoin comparable dans le devis expérimental ne devrait pas être négligée.

## **B) Programmes québécois en prévention (ou promotion) de la santé mentale avec composante de prévention du suicide**

Cette section synthétise le contenu des programmes de prévention réalisés au Québec mais qui ne font pas partie intégrante des activités des centres de prévention du suicide du Québec. Ces activités sont couvertes plus loin dans l'analyse que nous faisons du sondage que nous avons réalisé auprès des intervenants eux-mêmes. Les programmes sélectionnés sont présentés par ordre chronologique de réalisation.

Un premier programme, mené par Désilets (1986) et intitulé « Oui à la vie », a été mis sur pied à la polyvalente Le Ber de Sherbrooke en mai 1985 et a mérité le prix d'excellence de la fondation Hilroy pour son caractère novateur. L'objectif est d'aménager un terrain où les idées suicidaires ont peu de chance de germer. Une Semaine du mieux-vivre est réalisée en dehors des activités scolaires des étudiants. Le programme a permis de constituer des groupes d'aidants naturels (parents, professionnels enseignants, étudiants) ayant suivi une formation de deux jours pour dépister les individus suicidaires. Carignan (1992) indique que ce programme n'a pas fait l'objet d'une évaluation et ne peut fournir aucun détail sur le contenu de cette Semaine.

Le second programme, réalisé par le carrefour Intervention Suicide du Québec, vise à sensibiliser la population sur le suicide et sur ce qui peut être fait pour le prévenir. Il s'articule autour de plusieurs activités d'information dont des articles dans les journaux, des groupes de discussion, des conférences et la formation de bénévoles intéressés à la prévention. Carignan (1992) indique que la description de ce programme dans la revue *Apprentissage et socialisation* ne contient aucune autre information sur la stratégie du programme ni sur son évaluation.

Le projet de prévention du suicide du DSC du Centre hospitalier de Verdun, en concertation avec le CLSC de Verdun et la Commission des écoles catholiques de Verdun (Labissonnière et al., 1990), fut implanté dans une polyvalente et visait la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide à l'adolescence. On voulait accroître chez les adolescents les connaissances sur le suicide et sa prévention, accroître leur habileté à résoudre leurs problèmes personnels et à s'entraider. Le programme consistait en une série de quatre rencontres d'une heure dans le cadre des cours d'enseignement moral ou de formation person-

nelle et sociale. Ces séances étaient animées par un enseignant et deux psychologues. Plus de 150 élèves ont participé aux activités. Le programme a été évalué au niveau de son implantation et de son processus. Les auteurs ont mesuré les bénéfices des connaissances et habiletés chez les jeunes participants. Ils ont aussi tenté de mesurer l'impact du programme sur l'incidence des consultations. Carignan (1992) indique que « la démarche est bien présentée et intéressante » mais que « tout se complique au niveau des résultats et il devient très difficile de comprendre la portée de l'évaluation ».

La « semaine du mieux-vivre » de la Fondation J.E.V.I sous la direction de Bélanger et Sylvain (1991) est l'une des activités réalisées par cette fondation qui œuvre essentiellement en prévention. Elle vise les jeunes du secondaire âgés de 12 à 17 ans. L'objectif de la semaine est de prévenir le suicide par la promotion de la vie et la valorisation de l'individu. Les activités organisées dans le milieu scolaire visent à transmettre de l'information afin de favoriser le regroupement des jeunes et la communication interpersonnelle. Ce programme a été évalué à l'aide d'un devis quasi-expérimental pré-test post-test seulement. Plus de 300 élèves ont participé à cette recherche. L'étude évaluait le programme quant à l'estime de soi, le goût de vivre, la dépression et l'isolement social. Les instruments utilisés avaient tous des caractéristiques métrologiques connues. Néanmoins, les chercheurs n'ont pu mettre en lumière aucun effet du programme pour les variables considérées. Les résultats du volet plus qualitatif de cette évaluation (questionnaire) suggèrent que les participants ont créé des liens nouveaux ou ont amélioré les anciens. Les jeunes affirment avoir été sensibilisés à la valeur de la vie. Ils se disent en majorité satisfaits des activités auxquelles ils ont participé.

Un rapport de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) s'est penché sur les pratiques préventives et promotionnelles qu'elle subventionne (Audet, 1993). L'ACSM comprend au Québec onze filiales qui se partagent un budget de près de 1 million \$ par année. On visait à répertorier et analyser les interventions de prévention et de promotion afin de dégager les modèles d'analyses pour stimuler et enrichir le développement de la programmation en prévention et promotion de la santé mentale. Informer, démystifier et discuter des questions de santé mentale ont représenté plus de 80 % des activités organisées par les filiales. En ce qui concerne le suicide, le document de l'ACSM indique que 26 % des activités en ont traité. Il ne fait pas mention de l'évaluation formelle des activités de l'ACSM. Il est donc impossible d'établir l'impact de ces activités de promotion de la santé mentale sur l'évolution du phénomène suicidaire au Québec.

L'étude attentive de Carignan (1992) de tous les programmes de prévention des troubles mentaux ou de promotion de la santé mentale n'est pas parvenue à isoler le contenu spécifique des programmes mentionnés ici. De plus, si l'on compare ces cinq programmes de prévention du suicide par le biais d'une approche de prévention en santé mentale avec les 174 programmes de prévention et de promotion de la santé mentale répertoriés et évalués selon les critères de Carignan (1992), on constate que ceux sur le suicide se situent en dernière position (tableau 1). Cependant, la revue de Carignan ne visait pas spécifiquement les activités des centres de prévention du Québec et il serait injuste de tirer des conclusions sur leur travail sur la seule base de ces cinq programmes, dont un seul avait vraiment évalué sa performance.

Tableau 1

**Comparaison de la qualité des évaluations des programmes de prévention du suicide avec une composante de prévention en santé mentale, selon les critères de Carignan (1992)**

Type de programme	Nombre	Moyenne de la qualité de l'évaluation*
Pour les personnes handicapées	1	3,0
Pour la petite enfance et la famille	65	2,7
Pour les adolescents du secondaire	20	2,3
Pour les employés	6	2,3
Pour les femmes	10	2,1
Pour les couples	6	2,0
Pour les adultes	21	2,0
Pour les enfants d'âge élémentaire	27	1,9
Pour les jeunes adultes	7	1,7
Pour les personnes âgées	6	1,5
Sur le suicide (santé mentale)	5	1,2

\* La cotation de la qualité des mécanismes d'évaluation provient de Carignan (1992). La signification de ces cotes est :

- 1 : Programmes non évalués, évalués sans groupe témoin ou de comparaison ou avec des mesures uniques de satisfaction.
- 2 : Programmes évalués avec groupe témoin ou de comparaison, mesures plus standardisées, devis de type pré-test post-test.
- 3 : Programmes évalués avec un groupe témoin ou de comparaison, mesures plus standardisées, et devis pré-test post-test et suivi d'au moins deux ans.
- 4 : Programmes évalués avec un groupe témoin ou de comparaison, mesures plus standardisées, devis pré-test post-test et suivi de plus de deux ans.

En résumé, les programmes québécois de prévention ou de promotion de la santé mentale, avec objectif d'intervenir sur la réduction des idéations suicidaires, des tentatives de suicide ou du suicide proprement dit, se sont principalement adressés aux adolescents. Ils comportaient essentiellement une composante d'information, bien que certains ont voulu intervenir sur des facteurs de risques de suicide reconnus. Les documents consultés n'indiquent pas le contenu spécifique de ces programmes en ce qui concerne les troubles mentaux.

### **C) Les intervenants québécois en matière de prévention du suicide**

Nous présenterons ici l'essentiel des résultats d'un sondage effectué auprès des intervenants communautaires en prévention du suicide. Ces intervenants sont des acteurs importants en prévention du suicide au Québec et il est important de voir si leurs stratégies d'intervention intègrent la prévention des maladies mentales ou la promotion de la santé mentale.

Afin d'établir ce qui se fait au Québec au niveau de la prévention du suicide dans une approche intégrée de la prévention de la maladie mentale, nous avons obtenu de l'Association Québécoise de Suicidologie (AQS) la liste complète des organismes et groupes communautaires œuvrant dans le domaine de la prévention du suicide. Il en existe une trentaine au Québec. Nous avons fait parvenir à chacun de ces groupes une lettre les informant qu'une personne allait prendre contact avec eux afin d'obtenir, lors d'une brève entrevue téléphonique, plus d'information sur leurs programmes.

Pour ce sondage, 26 centres intervenant auprès de la clientèle suicidaire ont été contactés par les interviewers. Tous ceux que nous avons rejoints (69 %) ont accepté de nous accorder une entrevue. Néanmoins, 31 % de l'échantillon n'a pu être rejoint : un centre n'existe plus, deux organismes étaient fermés en raison des vacances estivales, deux autres n'ont pu être inclus car les personnes en mesure de répondre adéquatement étaient en vacances, et trois autres ne nous ont jamais recontactés, même après trois tentatives. Les porte-parole des organismes ont été sélectionnés en fonction de leur degré de connaissance du fonctionnement de l'organisme, de ses objectifs et de ses réalisations. La majorité de nos répondants (72 %) occupent le poste de directeur, 11 %, de coordinateur, 6 %, de psychologue et 6 %, de responsable clinique.

Tous les organismes contactés œuvraient, d'une façon ou d'une autre, auprès d'une clientèle suicidaire. La majorité (72 %) se donne

comme mission première la prévention, 16 % sont des centres d'écoute téléphonique et 11 % offrent d'autres formes de services communautaires (CLSC par exemple). Ils existent depuis 10,4 ans en moyenne. Toutefois, les centres d'écoute ont plus de 20 ans d'existence alors que les centres de prévention du suicide (CPS) existent depuis 10 ans et moins, à l'exception du centre de Québec, qui fut créé en 1977.

Les organismes québécois en prévention du suicide semblent tous d'accord pour affirmer que la problématique du suicide peut être liée à une mauvaise santé mentale ou à des troubles mentaux. Certains constatent que leur clientèle régulière souffre de plus en plus de troubles mentaux importants tels que la schizophrénie ou la dépression. Néanmoins, la forte majorité des organismes consultés affirment que leur stratégie d'intervention n'est pas vraiment en fonction de cette problématique. Seulement un organisme sur cinq déclare que son programme de prévention est articulé spécifiquement autour du fait que plusieurs usagers présentent un problème de santé mentale ou souffrent clairement d'un trouble mental. Un organisme déclare qu'il ne tient pas compte de cette problématique parce qu'il ne la rencontre que très peu chez sa clientèle.

Les organismes sensibilisés par cette question, et qui affirment en tenir compte, disent prendre en considération la détresse psychologique exprimée ou l'état de santé générale de leur clientèle, alors qu'un seul groupe affirme être préoccupé spécifiquement par la dépression. Un porte-parole a indiqué qu'il doit se préoccuper de cette question puisque dans son milieu il y a pénurie de ressources communautaires pour accueillir les personnes aux prises avec des troubles mentaux.

Les objectifs de tous les organismes de prévention du suicide préoccupés par la santé mentale ou les troubles mentaux s'entrecroisent. Leurs interventions visent principalement à prévenir le suicide en amenant la personne suicidaire à mieux comprendre ses difficultés, qu'elles soient associées à un trouble mental ou simplement conjoncturelles. Ces intervenants indiquent aussi qu'ils consacrent une partie importante de leurs énergies à sensibiliser la population générale à la problématique du suicide afin que la communauté puisse épauler les personnes aux prises avec des idéations suicidaires.

Généralement, ils ne visent pas un groupe d'âge en particulier puisque qu'ils tiennent à aider toute personne en crise suicidaire. Seul un répondant souligne que son groupe accorde plus d'importance à la clientèle des jeunes, qui constituent un groupe à plus grand risque. Au niveau des conditions de vie prises en considération, seuls deux organismes affirment se consacrer plus spécifiquement à des populations à faible revenu et

aux femmes. Tous les autres ne visent pas de conditions de vie particulières. En général, les programmes de prévention des intervenants communautaires ne sont pas limités dans le temps. Ils semblent ainsi s'adapter aux besoins de chaque personne en crise. Les interventions sont donc de courte durée pour certains, et beaucoup plus longues pour d'autres.

Les objectifs et les stratégies d'intervention de ces organismes semblent strictement s'adresser aux besoins individuels des personnes ayant besoin d'aide. Ils préconisent la mise en place de plans d'intervention individualisés. Deux centres affirment cependant qu'ils travaillent activement auprès de la population générale qu'ils desservent. Pour ce faire, ils disent offrir des conférences et des rencontres d'information aux personnes intéressées, en fonction des besoins de la population de la région qu'ils desservent. Le manque d'information dans le public, l'augmentation du taux de suicide et l'absence de programme de prévention dans le réseau d'aide déjà existant les ont amenés à mettre sur pied leur propre programme d'intervention.

Tous les organismes affirment qu'ils coopèrent avec les autres ressources de leur milieu. Les principaux collaborateurs sont les centres de crise (maison de jeunes, centre de femmes en difficulté, etc.), les centres hospitaliers généraux et psychiatriques, les écoles, les CLSC et les centres de détention. Ces groupes collaborent souvent au suivi des personnes suicidaires.

Malheureusement, et comme pour la majorité des centres de prévention existant en Amérique ou en Europe, les centres du Québec ne sont pas encore parvenus à évaluer systématiquement leurs interventions. Un seul semble s'être doté de moyens pour évaluer la pertinence de son programme et la satisfaction de sa clientèle. Ce centre a mis en place un secteur recherche et développement. Celui-ci a réalisé trois recherches évaluatives. Les deux premières prirent la forme d'un sondage sur les connaissances et les attitudes de la population de la région relativement au suicide. Une évaluation de deux campagnes publicitaires successives a démontré qu'une telle entreprise semble avoir peu d'effet sur l'amélioration du niveau de connaissances de la population sur la problématique suicidaire. La troisième étude fut plus encourageante puisqu'elle démontra que les connaissances et les habiletés des membres d'un comité de « postvention » ont augmenté de façon significative suite à une formation que ce centre a organisée. Enfin, un centre fait l'évaluation de la satisfaction de ses participants par le biais d'un court questionnaire après chaque rencontre.

En résumé, malgré l'importance du phénomène suicidaire au Québec et l'étroite relation entre les troubles mentaux et le suicide, peu de

considération est accordée à ces évidences dans les objectifs et les stratégies d'intervention des organismes. Au vu des données les plus récentes sur l'efficacité des centres de prévention du suicide, il est nécessaire de se questionner sur l'intégration de ces données aux programmes de prévention aux niveaux national et international. Ce questionnement est d'autant plus justifié que la Politique de la santé et du bien-être du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) place la prévention du suicide au cœur de ses priorités. L'objectif du Ministère étant de réduire de 15 % d'ici l'an 2002 le taux de suicides et de tentatives de suicide au Québec.

### **Conclusion et recommandations**

Les expériences de prévention du suicide ne sont probablement pas toutes rapportées dans les écrits scientifiques. Notre expérience avec les groupes communautaires indique qu'ils ne publient pas les résultats de leurs travaux dans les revues scientifiques. Au mieux, ils rédigent des rapports d'évaluation s'adressant aux bailleurs de fonds et ne sont pas largement diffusés. Ainsi, dans les revues, nous ne retrouvons que des informations sur des programmes de groupes ayant des ressources, souvent des organismes gouvernementaux ou para-gouvernementaux comme les forces armées, les milieux carcéraux ou les services de santé. Notons que ces mêmes organismes auraient tendance à ne publier leurs résultats que dans la mesure où cela ne nuit pas à leur crédibilité. D'où l'absence dans les écrits scientifiques de résultats non significatifs d'expériences de prévention.

Deuxièmement, pour les interventions de prévention, nous avons travaillé à l'aide de la recension de Carignan (1992). Des plus exhaustives à ce jour, elle couvre 174 expériences québécoises et internationales. Bien que nous n'ayons pas revu les textes originaux décrivant ces programmes, le travail de Carignan est des plus minutieux et prenait grand soin d'indiquer si ces programmes de prévention ou de promotion avaient comme objectif spécifique de prévenir le suicide. Plusieurs de ces programmes pourraient avoir, sans le viser spécifiquement, un impact sur la problématique du suicide. Cependant, peu de programmes ont documenté cette éventualité.

Troisièmement, parmi le nombre important de travaux sur la prévention du suicide ou la prévention des maladies mentales, très peu d'analyses scientifiques traitent de la prévention du suicide dans un contexte de prévention des troubles mentaux ou de la promotion de la santé mentale. Par contre, toutes les interventions sérieuses visant la prévention du suicide par le biais d'une intervention dans le domaine de la santé mentale ont été faites grâce à une action spécifique de dé-

pistage et de traitement précoce de la maladie, la dépression plus particulièrement. Les expériences bien évaluées ne sont cependant pas légion et aucun de ces projets n'a, suite à l'expérience, été implanté sur une base plus large. Un projet aussi bien connu et apprécié que le programme de prévention suédois à Gotland n'est pas des plus concluants. Cette expérience indique qu'une telle évaluation n'est pas une mince tâche et que tout projet de ce type devrait être explicitement orienté vers l'estimation de la réduction du taux de suicide. Les chercheurs doivent aussi prendre toutes les précautions nécessaires afin de vérifier des hypothèses alternatives, telles que la contribution d'une tendance historique où le taux de suicide serait à la baisse dans les populations de référence. Quant à l'expérience albertaine, même si elle est prometteuse, nous n'avons trouvé aucune publication sur l'évaluation de l'implantation de ce programme et de son impact sur le taux de suicide dans cette province.

Et quatrième, les intervenants communautaires en prévention du suicide au Québec sont totalement dévoués à la prévention du phénomène suicidaire tant au niveau des idéations suicidaires que des tentatives de suicide. Plusieurs agissent en post-intervention auprès des amis ou des familles des suicidés. Cependant, ils n'ont pas beaucoup investi dans l'évaluation de leurs interventions. Ces organismes préfèrent probablement mettre leurs maigres ressources financières directement au service de l'intervention, plutôt que dans l'évaluation de leurs actions. Nous sommes persuadés qu'ils comprennent que l'évaluation serait nécessaire pour accroître leur efficacité mais ils ne semblent pas avoir les moyens financiers ou l'expertise nécessaire pour évaluer leurs interventions avec rigueur et réalisme.

Le postulat de notre démarche est que la prévention du suicide doit passer par la prévention des troubles mentaux. Or, bien que les organismes conçoivent, en principe, que ces deux phénomènes puissent être reliés, ils ne semblent pas avoir mis en place d'interventions spécifiques pour agir directement sur la maladie mentale. Il nous semble que ces intervenants n'ont pas intégré l'ensemble des connaissances épidémiologiques sur l'étroite relation entre le suicide accompli et la maladie mentale. Il n'est alors pas surprenant de constater que les programmes de prévention intègrent à peine cet important facteur de risque dans leurs stratégies d'intervention. De façon générale, les centres de prévention veulent aider les personnes en détresse afin de diminuer leur risque suicidaire. Par contre, à viser aussi largement, il faut se demander si cette action peut réellement réduire les suicides au Québec. Et surtout, comment faire la preuve qu'elle réduit véritablement le taux de suicide ?



Les centres de prévention et les intervenants du Québec en prévention du suicide se sont dotés d'un organisme voué à l'avancement de leur mission et à la protection de leurs intérêts : l'Association Québécoise de Suicidologie (AQS). L'AQS réclame depuis plusieurs années une approche intégrée englobant les milieux communautaires, de la santé et de l'éducation, calquée sur le modèle albertain. À ce jour, elle n'a pas réussi à mettre en place un tel partenariat, mais continue inlassablement à défendre cet objectif, tant auprès des intervenants et de la population que des autorités gouvernementales. Ce programme est fort réaliste et prometteur. En effet, à quoi bon, par exemple, tenter de dépister précocement les personnes présentant des problèmes de santé mentale si les intervenants communautaires ne peuvent avoir un accès privilégié à des ressources spécialisées ou si les ressources professionnelles en santé mentale ne reconnaissent pas l'expertise de ces intervenants communautaires ?

De ces constats, nous pouvons tirer quelques recommandations :

- Une vigoureuse campagne d'information concernant l'étroite relation entre le suicide et les maladies mentales devrait être entreprise auprès des centres et organismes de prévention du suicide ;
- Une sous-section « prévention du suicide » au MSSS devrait coordonner les activités des divers intervenants en prévention ;
- Établissement, en partenariat, d'un programme provincial de prévention du suicide intégrant prévention et promotion de la santé mentale et auquel les organismes et centres en prévention devraient adhérer afin d'améliorer leur capacité d'intervention ;
- Élaboration de méthodes évaluatives pour l'évaluation de ce programme provincial et financement public de son évaluation périodique ;

La Politique de la santé et du bien-être du MSSS énonce clairement les stratégies à mettre en place pour intervenir efficacement dans le domaine de la santé : renforcement du potentiel des personnes, soutien des milieux de vie et développement des environnements sécuritaires, amélioration des conditions de vie, action sur les groupes vulnérables, harmonisation des politiques publiques et des actions en faveur de la santé et du bien-être et orientation des services vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses. Nous sommes loin d'une intégration de ces stratégies pour la prévention du suicide. Néanmoins, nous croyons que les acteurs en prévention du suicide au

Québec, soit les intervenants communautaires, les professionnels de la santé mentale, les chercheurs et les gouvernements, semblent prêts à lutter ensemble contre cet important problème de santé publique que représente le suicide. Ce partenariat est possible parce que nous avons les ressources et les compétences pour le faire. Il s'agit moins d'une question d'argent que de leadership, d'organisation et de volonté politique.

## RÉFÉRENCES

- AUDET, M., 1993, *Analyse des pratiques préventives et promotionnelles en santé mentale*, Association canadienne pour la santé mentale, Division du Québec.
- BAGLEY, C., 1968, The evaluation of suicide prevention scheme by an ecological method, *Social Sciences and Medicine*, 2, 1-14.
- BARRACLOUGH, B. M., BUNCH, J., NELSON, B., SAINSBURY, P., 1974, A hundred cases of suicide: clinical aspects, *British Journal of Psychiatry*, 125, 355-373.
- BÉLANGER, J., SYLVAIN, G., 1991, *Évaluation de l'impact de la « semaine du mieux vivre » : activité de prévention primaire en milieu scolaire*, La Fondation J.E.V.I.
- BESKOW, J., RUNESON, B., ASGARD, U., 1990, Psychological autopsies: Methods and ethics, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20, 4, 307-323.
- BOLDT, M. 1987, Pour une approche intégrée en prévention du suicide : Le modèle Albertain, in *Le suicide au Canada*, Rapport du Groupe national sur le suicide au Canada. Réalisé sous l'égide de la Division de la santé mentale - Direction générale des services et de la promotion de Santé et Bien-être social Canada, pp 84-86.
- BOYER, R., LESAGE, A., GRUNBERG, F., VANIER, C., MORISSETTE, R., MÉNARD-BUTEAU, C., LOYER, M., 1994, *Les maladies mentales dans la problématique du suicide*, Rapport de recherche, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- BRIDGE, T., POTKIN, S., ZUNG, W., MOSS, JR., 1977, Suicide prevention centers, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 18-24.
- CHARRON, M.F., 1981, *Le suicide au Québec*, Analyses statistiques, Ministère des affaires sociales du Québec.
- CARIGNAN, P., 1992, *Programmes québécois de prévention et de promotion en santé mentale : Recension d'écrits*, Document de travail produit à la demande du Sous-Comité Blanchet du Comité de la Santé Mentale du Québec.

- CLARK, D.C., HORTON-DEUTSCH, S.L., 1992, Assessment in *absentia*: The Value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides, in Marris, R.W., Berman, A.L., J.T. Maltzberger, J.T., eds., *Assessment and Prediction of Suicide*, Guilford Press, New York.
- COX, J. F., MCCARTY, D. W., LANDSBERG, G., PARAVATI, M. P., 1988, A model for crisis interventions services within local jails, *International Journal of Law and Psychiatry*, 11, 391-407.
- DÉSILETS, A., 1986, Le meilleur obstacle au suicide : la qualité de vie, *Apprentissage et socialisation*, 9, 1, 47-51.
- GRUNBERG, F., LESAGE, A., BOYER, R., VANIER, C., MORISSETTE, R., MÉNARD-BUTEAU, C., LOYER, M., 1994, Le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin au Québec : psychopathologie et utilisation des services médicaux, *Santé mentale au Québec*, 19, 2, 25-40.
- GUTSTEIN, S. E., RUDD, M. D., 1990, An outpatient treatment alternative for suicidal youth, *Journal of Adolescence*, 13, 265-277.
- LABISSONNIÈRE, L., POULIN, C., 1990, *La prévention du suicide : et si on en parlait*, Cahier 2, Évaluation du projet éducatif, DSC du centre hospitalier de Verdun.
- LAVOIE, J.-P., FOURNIER, L., KOVESS, V., MADORE, M., GAUDREAU, J., 1990, *Réseau social, recherche d'aide et soutien social chez une population de parasuicidaires francophones âgés de 18 à 64 ans*, Rapport de recherche, Département de santé communautaire, Centre hospitalier de Verdun.
- LESAGE, A., BOYER, R., GRUNBERG, F., VANIER, C., MORISSETTE, R., MÉNARD-BUTEAU, C., LOYER, M., 1994, Suicide and mental disorders: A case control study of young men, *American Journal of Psychiatry*, 151, 7, 1063-1068.
- LESTER, D., 1974, Effect of suicide prevention centers on suicide rates in the United States, *Health Services Reports*, 89, 37-39.
- LESTER, D., 1991, Do suicide prevention center prevent suicide? *Homeostasis in Health and Disease*, 33, 263-267.
- LESTER, D., 1993, The effectiveness of suicide prevention programs, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 263-267.
- LESTER, D., 1994, L'efficacité des centres de prévention du suicide, *Santé mentale au Québec*, 19, 2, 15-24.
- MALO, C. 1991, *Recension des écrits sur les programmes de prévention primaire et de promotion en santé mentale : De la conceptualisation à l'évaluation*, Document de travail produit à la demande du Comité de la Santé Mentale du Québec.

- MCDANIEL, W.W., GRIGG, J. R., ROCK, M., 1990, Suicide prevention at a United States Navy Training Command, *Military Medicine*, 155, 173-175.
- MEDOFF, M., 1986, An evaluation of the effectiveness of suicide prevention centers, *Journal of Behavioral Economics*, 15, 43-55.
- MILLER, H., COOMBS, D., LEEPER, J., BARTON, S., 1984, An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the US, *American Journal of Public Health*, 74, 340-343.
- ROBERGE, D., 1982, *Évaluation du centre de prévention du suicide de Québec*, Service Évaluation-santé, Direction Évaluation des programmes, Ministère des Affaires sociales du Québec.
- RUTZ, W., VON KNORRING, L., WALINDER, J., 1992, Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the prevention and treatment of depression, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 83-88.
- RUTZ, W., VON KNORRING, L., WALINDER, J., 1989, Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 151-154.
- RUTZ, W., WALINDER, J., EBERHARD, G., HOLMBERG, G., VON KNORRING, L., WISTEDT, B., ABERG-WISTEDT, A., 1989, An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: Background and evaluation, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 19-26.

## ABSTRACT

### **Preventing suicide by preventing mental illness: Where do we stand in Quebec?**

The relationship between mental illness and suicide no longer has to be demonstrated. In Quebec however, those intervening in the prevention of suicide, without denying this link, appear not to have integrated this information in their practice. As in North America and Europe, very few prevention centres have evaluated the efficiency and impact of their intervention. Finally, the few programs promoting mental health or preventing mental illness elaborated in Quebec seldom aim at preventing suicide. In these conditions how can we expect reducing the suicide rate?